



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS**

**Prieto Norte #165
Marzo de 2025**

- I.- **Funcionario** : Alicia Victoria Sepúlveda Muñoz
Departamento : Laboratorio Clínico Municipalidad de Temuco.
Decreto (contrato) : 5294 01/04/2025
Centro de costo o ítem : 310101
Nombre Programa : Convenio Colaboración SSAS
- II.- **Boleta Número** : N° 96
Fecha Boleta : 31 de marzo 2025
Valor Bruto Boleta : \$ 129.600
Valor Cuota según Contrato : \$ 129.600

*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

Turnos sábado realizados el 01, 08, 22 y 29 de marzo

III.- Funciones Contratadas:

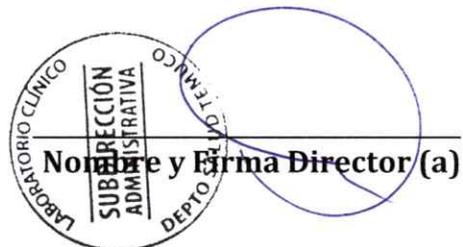
- Realizar procedimientos de obtención y toma de muestras, traslado hacia el laboratorio, dentro del laboratorio, de la conservación, de la derivación a otro laboratorio y de la eliminación de acuerdo con su jornada laboral en cumplimiento de los protocolos y normas institucionales y no institucionales relativas a sus funciones
- Entregar instrucciones a pacientes para la toma de muestras cuando se requiera o como parte del procedimiento.
- Conocer y dar cumplimiento a los protocolos institucionales y no institucionales relativos a sus funciones, al proceso de examen y a la organización del Complejo Asistencial de Padre Las Casas.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Realizar procedimientos de obtención y toma de muestras, traslado hacia el laboratorio, dentro del laboratorio, de la conservación, de la derivación a otro laboratorio y de la eliminación de acuerdo con su jornada laboral en cumplimiento de los protocolos y normas institucionales y no institucionales relativas a sus funciones
- Entregar instrucciones a pacientes para la toma de muestras cuando se requiera o como parte del procedimiento.
- Conocer y dar cumplimiento a los protocolos institucionales y no institucionales relativos a sus funciones, al proceso de examen y a la organización del Complejo Asistencial de Padre Las Casas.

El detalle anterior resume el material y antecedentes **que se mantendrán como evidencia en poder de la Dirección.**


Nombre y Firma Prestador Servicio


Nombre y Firma Director (a)